



## SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

---

LUGAR Y FECHA

**Dr. Raúl Villegas Silva**  
**Presidente,**  
**Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría,**  
**Sección Neonatología, A.C.**  
**P r e s e n t e**

Por medio de la presente solicito que se evalúen los documentos probatorios de actividades académicas en los últimos 5 años que presento para mi **Recertificación** y que en caso de cumplir con el mínimo requerido de **40 puntos**, se me otorgue el **Certificado de Especialista en Neonatología**. Así mismo, declaro que en caso de no cumplir con dicho puntaje o estar fuera de tiempo en mi solicitud, según las fechas establecidas por el CMCP, Sección Neonatología, aceptaré la negativa de Recertificación y presentaré el Examen de Recertificación en la fecha que se me indique.

Declaro también que acepto la decisión que el CMCP, Sección Neonatología, tome con respecto a la presente solicitud, en los términos de los Estatutos del propio Consejo.

**A T E N T A M E N T E**

---

NOMBRE COMPLETO

---

FIRMA



## Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, Sección Neonatología, A.C.

### Adjunto a la presente:

1. Carta original solicitando la **Recertificación**, según formato anexo, con firma autógrafa y fecha actual.
2. Curriculum oficial, debidamente llenado.
3. Original y Fotocopia cotejada de la Certificación o Recertificación **vigente** en Neonatología.
4. Fotocopia cotejada con original de la Certificación o Recertificación **vigente** del Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, A.C.
5. Fotocopia cotejada con original de Constancia de Curso-Taller de Reanimación Neonatal **vigente** (no mayor a 3 años).
6. Original de Carta constancia vigente de miembro activo de la Asociación Estatal de Neonatología donde vive o trabaja.
7. DOS Fotografías tamaño DIPLOMA (Ovaladas de 50x70 mm), blanco y negro, de frente, fondo blanco. Anotar su nombre completo al reverso.
8. Ficha original del depósito bancario por 3,000 pesos MN al quinto año vigente, o 3,500 pesos MN por rezago de 1 a 3 años, o 4,000 pesos MN para los rezagados por más de tres años, a nombre de: Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, Sección Neonatología, A.C., BBVA-Bancomer, cuenta 00141453416.
9. Un juego de fotocopias legibles de los documentos probatorios de actividades académicas, de acuerdo a la tabla de puntaje que se presenta en la siguiente página, exclusivamente de los últimos cinco años
10. **Nota:** Todos los documentos deberán ser entregados en tamaño carta en la oficina del Consejo (José María Rico 121, Desp. 610-611, Col. del Valle, Del. Benito Juárez, México, DF, C.P. 03100; Tel: 55-24-28-55) Horario de atención Lunes a Viernes de 10 a 17 hrs.

### Notas:

- Al cumplirse cinco años de la Certificación o de la última Recertificación, podrá recertificarse por puntos de actividades académicas.
- En caso de no acreditar el puntaje mínimo necesario (**40 puntos**), deberá presentar Examen.
- **La fecha límite para la recepción de documentos es el 27 de febrero de 2009.**
- Todos los documentos deberán ser entregados en tamaño carta en la oficina del Consejo: José María Rico 121, Despacho 610, Col. del Valle, Del. Benito Juárez, México, DF 03100; Tel: 55 24 28 55; 5534-8077.

Vencimiento de Certificado	Entrega de Documentos
Febrero o Septiembre 2010	23 de Octubre de 2010
Febrero o Septiembre 2011	22 de Octubre de 2011

### Bajo las siguientes condiciones:

- **Se calificarán las actividades académicas curriculares de los últimos 5 años**
- **Se aplicará una cuota de 3,500 pesos MN para quienes se han rezagado de 1 a 3 años**
- **Se aplicará una cuota de 4,000 pesos MN para los rezagados por más de tres años.**

**RECERTIFÍCATE A TIEMPO ES MAS FÁCIL**



# Consejo Mexicano de Certificación en Pediatría, Sección Neonatología, A.C.

## RESUMEN CURRICULAR

**NOMBRE** \_\_\_\_\_  
APELLIDO PATERNO                      APELLIDO MATERNO                      NOMBRE (S)

**NACIMIENTO** \_\_\_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_  
LUGAR                      DIA / MES / AÑO                      AÑOS

**RFC** \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ **CURP** \_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD** \_\_\_\_\_ **No. de FM9** \_\_\_\_\_  
NO MEXICANOS

**DOMICILIO PERMANENTE** \_\_\_\_\_  
CALLE                      No.                      COLONIA  
\_\_\_\_\_  
CIUDAD                      ESTADO                      CODIGO POSTAL                      TELEFONO

**E- MAIL:** \_\_\_\_\_ **TEL. MÒVIL ( \_\_\_\_\_ )** \_\_\_\_\_

**TITULO DE MEDICO CIRUJANO:** \_\_\_\_\_  
ESCUELA                      UNIVERSIDAD  
\_\_\_\_\_  
LUGAR                      **EXPEDIDO:** DIA / MES / AÑO                      **CÉDULA** \_\_\_\_\_  
No.

**TITULO DE MEDICO PEDIATRA:** \_\_\_\_\_  
HOSPITAL                      UNIVERSIDAD  
\_\_\_\_\_  
LUGAR                      **EXPEDIDO:** DIA / MES / AÑO                      **CÉDULA** \_\_\_\_\_  
No.

**INICIO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **TERMINACIÓN:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **CERTIFICADO DE PEDIATRIA** \_\_\_\_\_  
DIA    MES    AÑO                      DIA    MES    AÑO                      No.

**TITULO DE NEONATOLOGÍA:** \_\_\_\_\_  
HOSPITAL                      UNIVERSIDAD  
\_\_\_\_\_  
LUGAR                      **EXPEDIDO:** DIA / MES / AÑO                      **CÉDULA** \_\_\_\_\_  
No.

**INICIO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **TERMINACIÓN:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **CERTIFICADO NEONATOLOGÍA** \_\_\_\_\_  
DIA    MES    AÑO                      DIA    MES    AÑO                      No.

**OTRO POSGRADO:** \_\_\_\_\_  
PROGRAMA                      UNIVERSIDAD  
\_\_\_\_\_  
LUGAR                      **EXPEDIDO:** DIA / MES / AÑO                      **CÉDULA** \_\_\_\_\_  
No.

**INICIO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **TERMINACIÓN:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **CERTIFICADO:** \_\_\_\_\_  
DIA    MES    AÑO                      DIA    MES    AÑO                      NOMBRE Y No.

**OTRO POSGRADO:** \_\_\_\_\_  
PROGRAMA                      UNIVERSIDAD  
\_\_\_\_\_  
LUGAR                      **EXPEDIDO:** DIA / MES / AÑO                      **CÉDULA** \_\_\_\_\_  
No.

**INICIO:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **TERMINACIÓN:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **CERTIFICADO:** \_\_\_\_\_  
DIA    MES    AÑO                      DIA    MES    AÑO                      NOMBRE Y No.